UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1917 — N° 1

Pyélonéphrite des Suites de Couches

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Janvier 1917

PAR

M. TORRE Dominique

Né à Zigliara, le 4 octobre 1890

MEMBRES DU JURY :

MM VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et de microbiologie* } ASSESSEURS
ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... }
PÉLISSIER, *chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie*... }

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE

1917

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1917 — N° 1

Pyélonéphrite des Suites de Couches

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Janvier 1917

PAR

M. TORRE Dominique

Né à Zigliara, le 4 octobre 1890

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, *Professeur de clinique chirurgicale*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et de microbiologie*
ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... ASSESSEURS
PÉLISSIER, *chargé des fonctions d'agrégé de chirurgie*...

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE

1917

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (✻, I. ✪).
ASSESSEUR		TRABUT (✻, I ✪, O. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✪).
Physiologie		REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		X.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique		CANGE (✻, A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✪, ✪).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT (✻, I. ✪, O. ✪).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✪).
Histologie		ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

M. A. TREILLE (✻). | M. E. BRUCH (O. ✻, I. ✪).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique	M.	SAMBUC (I. ✪).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM.	GILLOT (I. ✪).
Physiologie		BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✪).
Chaires de pathologie, de clinique externe et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✪).
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD.
Section de chirurgie		LOMBARD. PÉLISSIER.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		NÈGRE.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Vincent

A mes Juges

A Monsieur le Docteur Bernasconi

A tous mes Maitres

de la Faculté de Médecine d'Alger

et de l'Hopital Civil de Mustapha

CHAPITRE I

Introduction et Historique

L'histoire clinique de la pyélonéphrite de la grossesse remonte à une trentaine d'années environ ; elle est actuellement fort bien connue grâce aux travaux de Reblaud (1), de Vinay (2), aux thèses de Le Brigand (3), de Balâtre (4), de Cathala (5), etc.

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier la pyélonéphrite des suites de couches qui présente de grandes analogies pathologiques et cliniques avec la pyélonéphrite gravidique.

L'étude de la pyélonéphrite puerpérale est plus récente, les observations peu nombreuses que nous avons pu retrouver dans la littérature (une dizaine dans ces quinze dernières années) nous ont paru intéressantes par les nombreuses erreurs de diagnostic qu'elles signalent et dont la plus courante consiste à prendre une pyélonéphrite des suites de couches pour une infection puerpérale.

Nous nous sommes appuyé, pour faire ce travail, sur les observations de Lewis, Lepoutre, Voron, Cyrille Jeannin, auxquelles nous avons joint celles inédites que

---

(1) Reblaud (Infection consécutive à la compression de l'urétère par l'utérus gravide. — Congrès de Chirurgie.

(2) Vinay (Pyélite gravidique. — *Bulletin Médical* 1893).

(3) Le Brigand (Thèse, Paris 1900).

(4) Balâtre (Thèse, Paris 1907).

(5) Cathala (Thèse, Paris 1904).

MM. Curtillet et Bernasconi ont bien voulu mettre à notre disposition.

Notre travail a pour but de signaler l'existence de la pyélonéphrite dans les suites de couches, en insistant surtout sur le diagnostic différentiel entre cette dernière affection et l'infection puerpérale, diagnostic qu'il est important d'établir si l'on veut éviter à certaines accouchées des interventions variées : injections intra-utérines, curage digital, curettage, qui peuvent être non seulement inutiles, mais nuisibles.

CHAPITRE II

Pathogénie de la pyélonéphrite puerpérale

La pathogénie de la pyélonéphrite puerpérale est bien connue à l'heure actuelle. Les observations publiées et les travaux parus jusqu'à ce jour ont montré que la pyélonéphrite des suites de couches est la localisation au niveau du rein et du bassinet, d'une septicémie, le plus souvent d'origine coli-bacillaire.

Il faut distinguer dans la pathogénie de cette affection une cause prédisposante et une cause efficiente.

1° *Cause prédisposante.* — La cause prédisposante qui explique la localisation rénale de la septicémie coli-bacillaire, se trouve dans le défaut de résistance du rein et du bassinet, altérés par la grossesse.

La gravidité a, en effet, préparé le terrain. Par les modifications qu'elle fait subir aux organes urinaires, elle diminue leur résistance en les congestionnant et en provoquant un certain degré de rétention urinaire.

Dès les premiers mois de la grossesse, les organes pelviens sont fortement congestionnés et, par l'intermédiaire des anastomoses vasculaires, cette congestion gagne les organes abdominaux, en particulier les organes urinaires. Les veines utéro-ovariennes se développent considérablement dès que l'ovule fécondé se fixe sur la muqueuse utérine ; les veines de la portion supérieure de l'uretère, qui sont en relation avec celles du bassinet et de la capsule adipeuse du rein, sont tributaires des veines utéro-ovariennes et participent à la congestion de ces dernières.

Vers la fin de la grossesse, la congestion des organes urinaires augmente encore du fait de la stase sanguine qui résulte de la compression par l'utérus de l'aorte et de la veine-cave contre la colonne vertébrale. Lancereaux considère la compression de l'aorte au-dessous des artères rénales comme une cause d'augmentation de la tension dans les reins. D'autres auteurs, Lécorché, Jaccoud, admettent aussi que l'utérus vient à un moment donné de son ascension abdominale comprimer les veines rénales et gêner la circulation en retour des reins.

De plus, la fonction d'élimination du rein est accrue ; le rein doit éliminer pour deux (mère et fœtus) disait Peter ; les épithéliums en suractivité fonctionnelle deviennent moins résistants et partant se laissent plus facilement envahir par les éléments microbiens.

Un deuxième élément est aussi à considérer. Pendant la grossesse, il existe presque toujours un certain degré de rétention urétéro-pyélique ; c'est avec la congestion rénale une des causes prédisposantes principales de l'infection pyélo-rénale.

Comme l'ont montré les autopsies de femmes mortes en couches (Cruveilhier, Pollak, Lœhlein, Stadtfeld), l'utérus gravide comprime l'uretère au niveau du détroit supérieur, cette compression amène une rétention partielle d'urine, d'où distension de l'uretère et du bassinet. L'épithélium de ces organes est de ce fait amoindri dans sa vitalité. Pour Cathala, la rétention serait produite non par la compression de l'urétère au niveau du détroit supérieur, mais plutôt parce que ce conduit est tiraillé, étiré sur la paroi du segment inférieur de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, le rein et les voies d'excrétion urinaires étant, du fait de la grossesse, mis en état de moindre résistance, voyons ce qui va se passer au niveau de ces organes, l'accouchement une fois terminé.

Du 2e au 5e jour de l'involution utérine, le fond de l'utérus, au moment où il double le promontoire pour passer dans le petit bassin, comprime l'uretère qui passe à ce niveau à 4 cm. de la ligne médiane, de chaque côté du

promontoire. Si on se rappelle que la position de l'utérus est à ce moment paramédiane, l'organe étant fortement incliné à droite, le plus souvent, sa face latérale droite devenant postérieure, on comprend que l'uretère droit puisse être partiellement comprimé contre le promontoire et ceci expliquerait que les pyélonéphrites droites soient plus fréquentes que les gauches.

Il faut aussi tenir compte de ce fait qu'il existe aussi, pendant les suites de couches, un certain degré de parésie vésicale qui ajoute son effet à la compression de l'uretère pour amener la rétention d'urine.

2° *Cause efficiente.* — C'est la pénétration dans le rein et le bassinet d'un agent microbien.

La pénétration des éléments microbiens au niveau du rein se fait par deux voies d'accès : la *voie ascendante*, urétérale, et la *voie descendante*, circulatoire.

La propagation de l'infection par l'intermédiaire de l'uretère ne peut qu'être exceptionnellement incriminée pendant les suites de couches ; on ne relève presque jamais de phénomènes de cystite ou d'uréthrite dans les antécédents.

L'examen des observations publiées à ce sujet montre, au contraire, que l'infection se fait par la voie sanguine ; il existe en effet à peu près constamment des phénomènes d'infection générale qui ont précédé l'apparition de la pyurie.

L'agent microbien le plus à redouter pendant la grossesse et les suites de couches est le coli-bacille. Hôte normal de l'intestin, il exalte sa virulence à la suite des troubles digestifs si fréquents chez la femme après l'accouchement et dont le plus fréquent est la constipation. Sous cette influence, le microbe passe dans la circulation générale et produit une véritable septicémie qui, suivant la résistance des organes de la malade, peut déterminer des localisations diverses : hépatite, cholécystite, appendicite, etc.

Le rein et les voies urinaires sont souvent atteints parce qu'ils sont prédisposés à l'infection par leur rôle de voies

éliminatrices des micro-organismes et aussi par les altérations morbides qu'ils subissent pendant la grossesse.

Le rôle pathogénique de la coli-bacillose d'origine intestinale est prouvé expérimentalement. Posner et Lewin ont montré le passage du coli-bacille dans le sang et son élimination par les urines à la suite de la coprostase et la possibilité de l'infection des voies urinaires par cet agent en cas d'obstacle au libre écoulement de l'urine. Ils ont constaté que si on liait le rectum pendant quelques heures, le bactérium coli s'éliminait par les reins ; après obstruction prolongée de l'intestin, ils retrouvaient le microbe dans le sang et dans tous les organes.

Cathala a repris ces expériences. Il pose une ligature sur l'uretère gauche d'un lapin. Au bout de dix jours, quand l'hydronéphrose est bien constituée, il lie l'anus pour provoquer le passage du coli-bacille dans la circulation. A l'autopsie, 4 jours après, il trouva une uro-pyonéphrose du rein gauche. Le liquide ensemencé donna du coli-bacille. Un lapin témoin chez lequel on ne lia pas l'intestin n'eut qu'une hydronéphrose aseptique.

Ces localisations rénales de la coli-bacillose s'observent fréquemment au cours de la grossesse, ou comme c'est le cas dans nos observations, pendant les suites de couches, l'infection coli-bacillaire survenant dans ce cas avant que le rein ait reconquis sa vitalité compromise pendant la grossesse.

Quelquefois, la pyélonéphrite des suites de couches est consécutive à une infection puerpérale qui peut, d'ailleurs, être coli-bacillaire, comme c'est probablement le cas dans l'observation de Voron. La propagation de l'infection s'est faite soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique.

Plus rarement, la pyélonéphrite des suites de couches est due à une infection sanguine streptococcique. Nous n'en avons pas trouvé d'observations dans la littérature.

CHAPITRE III

Etude clinique de la pyélonéphrite puerpérale

Nous avons distingué, dans l'étude de la pathogénie de la pyélonéphrite des suites de couches, deux périodes :

1° Une première phase pendant laquelle le coli-bacille, à la faveur de troubles digestifs, exalte sa virulence, puis envahit la circulation sanguine.

2° Une deuxième phase pendant laquelle le rein et le bassinet, altérés dans leur constitution, se laissent infecter profondément et restent infectés malgré la terminaison de l'infection sanguine.

A ces deux phases du processus pathogénique, correspondent deux périodes distinctes dans l'évolution clinique de la pyélonéphrite puerpérale :

1° Une première phase pré-suppurative, pendant laquelle les phénomènes généraux vont prédominer ;

2° Une deuxième phase suppurative, marquée par des symptômes locaux du côté du rein et des urines.

Date d'apparition. — La date d'apparition de la pyélonéphrite puerpérale est assez variable.

En général, les symptômes de l'infection rénale apparaissent du 2e au 10e jour qui suit l'accouchement. Le maximum de fréquence du début de l'affection peut cependant être fixé entre le 4e et le 5e jour des couches.

C'est presque toujours le rein droit qui est atteint, quelquefois le gauche (Obs. X), rarement les deux à la fois.

Début. — La pyélonéphrite puerpérale peut débuter

sournoisement et s'installer sans phénomènes généraux, presque sans fièvre.

Son début, dans d'autres cas, est au contraire marqué par un grand frisson, suivi d'un fort accès de température (Obs. IV). Puis la maladie entre dans la première phase.

1° *Phase pré-suppurative.* — Pendant cette période, le coli-bacille, enfermé dans l'intestin, sous l'influence de divers troubles digestifs, exalte sa virulence, et, à travers la paroi intestinale, pénètre dans le torrent circulatoire.

Cette phase est marquée par des phénomènes généraux qui ne présentent rien de spécial à cette affection. Le diagnostic à ce moment est difficile à établir en se basant sur les seuls symptômes généraux.

a La *fièvre* est plus ou moins élevée ; la courbe thermique présente de vastes oscillations ; le type est rémittent, variant entre 36°8 le matin et 40° et plus le soir.

b Le *pouls est accéléré* : il est plein et suit assez régulièrement la courbe thermique.

c Des *frissons* précèdent quelquefois les forts accès de température, surtout au début, mais font souvent défaut.

d La malade se plaint de céphalée, de lassitude générale, d'insomnie. Quelquefois, mais rarement, l'agitation est extrême, des troubles nerveux, du délire viennent compléter la scène.

e Tube digestif. — Il existe à ce moment quelques signes locaux du côté du tube digestif : langue saburrale, météorisme intestinal et surtout habituellement une constipation opiniâtre ; les lavages intestinaux ramènent des selles très fétides. Ces phénomènes sont quelquefois très marqués (Obs. IV et V).

f Urines. — Si l'on examine les urines à cette première phase de la maladie, on ne remarque rien de bien caractéristique. Les urines sont en général peu abondantes, troubles, très ammoniacales, s'altèrent rapidement. Par l'agitation on y détermine l'apparition d'ondes moirées leur donnant l'aspect habituel d'un bouillon de culture. Cet

aspect est dû à la bactériurie. Après centrifugation, l'examen microscopique montre que le dépôt est formé de bactéries mobiles ; on y rencontre aussi quelques cylindres urinaires et des cellules épithéliales, indices de la néphrite infectieuse. Les urines sont très légèrement albumineuses, mais ne contiennent pas de pus.

Cette phase dure de 4 à 5 jours environ.

Puis du pus apparaît dans les urines, la maladie va entrer dans la deuxième phase de son évolution.

2° *Phase suppurative.* — A ce moment les symptômes généraux : fièvre, céphalée, lassitude, s'atténuent ou disparaissent en même temps que se manifestent des signes locaux du côté de l'appareil urinaire.

Pendant toute la durée de cette période, l'état général reste bon, à moins que le retour de la constipation et des troubles intestinaux chez les malades dont on n'a pas surveillé attentivement les fonctions intestinales, ne viennent déterminer une nouvelle infection sanguine, avec retour des symptômes généraux.

a) *Appareil vésical.* — On observe en général de la pollakiurie qui paraît liée à une polyurie abondante pouvant aller jusqu'à 3 et 4 litres en 24 heures. Les mictions sont souvent douloureuses. Les auteurs considèrent ces douleurs comme d'ordre réflexe ; Cathala croit qu'elles sont surtout provoquées par l'acidité de l'urine, habituelle dans la pyélonéphrite gravidique. Jamais la douleur n'acquiert l'intensité qu'elle a dans une cystite. Quelques malades se plaignent en outre de douleurs vésicales, qui ont probablement la même origine.

b) *Urines.* — Les urines sont abondantes, colorées et louches ; elles s'altèrent rapidement. A l'émission, elles sont uniformément troubles, d'aspect lactescent ; par le repos elles se séparent en deux couches : la couche supérieure est louche et doit cet aspect à la présence de globules de pus en suspension dans le liquide, et aussi à la pullulation microbienne qui se fait dans l'urine ; cette couche reste toujours trouble et ne s'éclaircit jamais. La

couche inférieure, jaunâtre, est constituée par le pus et les débris épithéliaux qui se disposent au fond du vase.

Ce dépôt est plus ou moins abondant, mais ne disparaît jamais avant la guérison ; cependant, il peut arriver que le pus soit retenu dans le bassinet par un bouchon purulent qui obstrue l'uretère, mais alors sa disparition coïncide avec un retour des symptômes locaux et généraux.

Les urines sont acides à l'émission, mais comme elles subissent rapidement la fermentation ammoniacale, elles deviennent alcalines.

L'albuminerie persiste, mais en quantité moindre que dans la première phase.

Le pus peut être recherché, soit par la réaction de l'ammoniaque, soit au microscope lorsque la pyurie est abondante. Le dépôt est constitué presque exclusivement par des globules de pus et par des cellules épithéliales de formes variées ; on y rencontre souvent des cylindres urinaires.

L'examen de l'urine, recueillie aseptiquement et centrifugée, permet de reconnaître presque toujours le colibacille ; il existe en abondance et se présente sous la forme de bactéries très mobiles qui se décolorent par la méthode de Gram.

c) Appareil rénal. — Il existe en général, une douleur spontanée dans la région lombaire droite ou gauche, suivant le rein atteint ; cette douleur s'irradie vers le pli de l'aine, en ceinture et s'étend quelquefois à tout l'abdomen. Cette douleur est souvent diffuse, sans localisation précise. Elle est constante, mais son intensité est très variable, elle se présente sous la forme d'un endolorissement, d'une pesanteur de la région rénale. D'autres fois, elle acquiert, au contraire, une violence extrême.

L'uretère est douloureux à la palpation du point paraombilical et du point urétéral inférieur de Bazy. A ce niveau, l'uretère est senti par le toucher vaginal sous forme d'un cordon plus ou moins gros.

Le rein est douloureux à la palpation, il est plus ou

moins augmenté de volume, peu, lorsque l'obstacle apporté à la circulation urétérale n'amène qu'une rétention partielle d'urine, beaucoup plus lorsque il y a rétention plus marquée ou complète. Il y a dans ce cas augmentation brusque du volume du rein ; alors les phénomènes généraux s'aggravent, la douleur augmente, la fièvre remonte, on dirait une rechute : c'est une crise de pyonéphrose.

Il peut y avoir dans quelques cas de pyélonéphrite puerpérale absence presque absolue de signes locaux du côté du rein et de l'appareil urinaire ; le rein n'est ni douloureux, ni augmenté de volume ; les mictions sont fréquentes et abondantes ; l'urine est presque claire (Obs. VI et VII).

CHAPITRE IV

Diagnostic

A la période pré-suppurative, la pyélonéphrite puerpérale peut être confondue avec de nombreuses pyrexies : fièvre typhoïde, paludisme (Obs. I), grippe, embarras gastrique fébrile, etc.

Les erreurs sont d'autant plus faciles à cette période que les urines n'offrent rien de particulier ; elles présentent tous les caractères des urines fébriles. Le diagnostic différentiel se fera surtout à l'aide des recherches hématologiques hémoculture, séro-diagnostic, recherche de l'hématozoaire, etc.

Il est une erreur de diagnostic qu'il nous faut au moins signaler. On ne confondra pas une pyélonéphrite avec une cystite si l'on a soin de comparer l'état local de la vessie avec les phénomènes généraux qui sont quelquefois très marqués. De plus, il sera très facile d'établir par les recherches cliniques et de laboratoire l'origine rénale de la pyurie.

Dans la cystite, en explorant attentivement la sensibilité vésicale, on voit d'habitude que la vessie est douloureuse à la pression. Si on injecte dans sa cavité 150 à 300 grammes de liquide antiseptique, on détermine de la douleur. Il y a pollakiurie, mais non polyurie.

Dans la pyélonéphrite, il y a polyurie. Les urines sont uniformément troubles, d'apparence laiteuse ; le pus est intimement mélangé à l'urine et s'écoule pendant toute la durée de la miction. Dans la cystite, au contraire, le pus s'écoule à la fin de la miction. Pour s'en assurer, il suffit de faire l'expérience des deux verres de Guyon.

L'examen cystoscopique enfin permettra de confirmer le diagnostic en nous montrant l'état des parois de la vessie.

On pourra compléter le diagnostic en recherchant la valeur fonctionnelle de chaque rein par la perméabilité rénale et par le cathétérisme isolé de chaque uretère qui permettra de recueillir séparément les urines des deux reins, d'en préciser la teneur respective, en pus et en urée.

En pratique, le diagnostic sera très facile à établir.

Mais l'erreur la plus fréquente consiste à confondre une pyélonéphrite avec une infection puerpérale. Dès qu'une femme, récemment accouchée, présente de la température, on pense à une infection utérine, et une pyélonéphrite qui survient à ce moment risque de passer inaperçue. Cette erreur est commune surtout dans les cas où la manière dont s'est effectué l'accouchement, (accouchement long et difficile, touchers fréquents, interventions instrumentales, délivrance artificielle) est en faveur d'une infection puerpérale (Obs. V, VI et VII).

La question est importante au point de vue du pronostic et du traitement, aussi, en présence d'une accouchée qui fait de la fièvre, le praticien devra rechercher attentivement les symptômes particuliers à chacune de ces deux affections.

Les symptômes en faveur d'une pyélonéphrite sont les suivants :

On retrouve souvent dans les antécédents de la constipation habituelle (Obs. V et VI) ou des crises d'entérocolite (Obs. V).

La date d'apparition de la pyélonéphrite puerpérale est assez imprécise, le premier jour de l'accouchement,

quelquefois une semaine après, en général du 4e au 5e jour des couches.

Le début est brusque, solennel ou insidieux. La courbe de la température présente le type rémittent, à grandes oscillations irrégulières, en général les *rémissions matinales sont presque complètes.* La température baisse souvent brusquement lorsque la pyurie apparaît.

La courbe du pouls suit à peu près régulièrement la courbe de la température. Lorsque la température est élevée, le *pouls est quelquefois inférieur* ; en général, il revient à la normale en même temps que la température.

Wallich a attiré l'attention sur les difficultés de ce diagnostic. Selon lui, la fièvre serait plus régulière dans l'infection puerpérale, tandis que dans la pyélonéphrite les oscillations thermiques seraient très grandes avec des rémissions matinales presque complètes et le pouls ne serait jamais aussi rapide que dans l'infection puerpérale.

La respiration s'accélère seulement pendant les forts accès thermiques ; dans l'intervalle, elle conserve son rythme normal.

Les phénomènes généraux dans la pyélonéphrite puerpérale durent rarement plus de 4 à 5 jours avant l'apparition de la pyurie.

Le tube digestif est en général très touché ; la langue est saburrale, il y a du météorisme très marqué, la constipation est opiniâtre, les selles obtenues à grand peine sont très fétides.

Du côté de l'appareil urinaire, on note des douleurs lombaires plus ou moins intenses, surtout localisées à droite ; le rein est plus ou moins sensible à la palpation ; l'uretère est douloureux à la pression ; les mictions sont fréquentes et quelquefois douloureuses.

Les urines sont au début albumineuses, troubles, chargées de bactéries ; à la période de suppuration rénale elles contiennent du pus.

L'appareil génital ne présente rien d'anormal ; l'involution se fait normalement, s'il y a eu déchirure, la plaie

périnéale est en bonne voie de cicatrisation, les lochies sont normales comme quantité et comme caractères.

Les symptômes en faveur d'une infection puerpérale sont les suivants :

L'accouchement a été long et laborieux, a nécessité de nombreux touchers, a donné lieu à des interventions variées, la délivrance a été artificielle ou même incomplète.

L'infection puerpérale débute en général de 4 à 5 jours après l'accouchement. La température monte graduellement à son acmé en 2 ou 3 jours. Elle s'élève de jour en jour, la température du soir étant toujours de plus en plus haute, et celle du matin augmentant proportionnellement. Les oscillations thermiques sont faibles, *la courbe est presque en plateau ; il n'y a pas d'apyrexie totale le matin.* La chute se fait en lysis.

Le pouls suit en général la température, mais dans les cas graves on peut observer une dissociation ; la courbe du pouls montant au-dessus de la courbe thermique. *Le pouls reste élevé malgré les chutes de température.*

La respiration est augmentée dans son rythme, surtout au moment des élévations thermiques et même en dehors des poussées, même quand la fièvre est tombée.

L'état général est profondément atteint quand l'infection puerpérale est généralisée : céphalée intense, assoupissement, quelquefois délire, agitation, souvent subictère.

On ne remarque rien de précis du côté du tube digestif. L'intestin peut fonctionner imparfaitement, mais ce n'est qu'un phénomène accessoire.

L'*appareil urinaire ne présente rien de particulier* ; le rein n'est ni douloureux, ni sensible à la palpation. Les urines contiennent de nombreux microbes ; elles sont quelquefois peu abondantes et dans les cas graves, albumineuses.

Les symptômes les plus saillants se présentent du côté de l'appareil génital. *L'utérus est en subinvolution* ; il est très mou ou anormalement dur, douloureux au palper. Le col est entr'ouvert. La vulve est œdématiée, la plaie

périnéale a vilain aspect, le vagin et la vulve sont souvent recouverts d'escharres noirâtres.

Les lochies sont absentes ou, au contraire, très abondantes, blanchâtres, fétides, souvent chargées de caillots et de débris membraneux.

La durée de l'affection est longue, en tous cas indéterminée.

CHAPITRE V

Evolution et pronostic

La pyélonéphrite des suites de couches est, en général, bénigne et de courte durée, pour peu qu'elle soit traitée.

Elle suit en général la marche de l'involution utérine. La phase pré-suppurative dure une semaine environ, la pyurie s'installe et à mesure que l'involution se fait, la fièvre disparaît, la pyurie diminue. Au 20e jour, tout est rentré dans l'ordre.

Cependant, quand l'infection est intense, l'état de la femme peut être grave : température élevée, frissons violents, délire. Il peut se produire aussi des rechutes qui viennent allonger la durée de la maladie, et des récidives au cours d'une grossesse nouvelle.

Quelquefois, la pyélonéphrite peut évoluer vers la formation d'abcès disséminés dans le rein, qui peuvent même s'ouvrir dans la capsule adipeuse et donner lieu à un phlegmon périnéphrétique (Obs. II).

Ces formes sont heureusement rares, mais dans le cas où elles se sont produites, elles ont nécessité des interventions chirurgicales graves.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement prophylactique consistera à éviter toutes les causes d'infection urinaire et surtout sanguine chez les accouchées. Il faudra surveiller le tube digestif et traiter tout de suite les troubles intestinaux, constipation ou diarrhée.

Lorsque la maladie est constituée, les indications thérapeutiques diffèrent suivant que la pyélonéphrite est à sa phase aiguë ou à la période de pyurie.

Pendant la première période, la maladie est générale, le rein est peu touché. Il faut essayer d'augmenter la résistance de l'organe et de diminuer la virulence du coli-bacille par un traitement précoce et énergique. Pour cela, on fera de la révulsion au niveau de la région lombaire. On prescrira des antiseptiques intestinaux et urinaires : urotropine, helmitol, benzoate de soude à la dose de 2 à 4 grammes par jour. La constipation sera traitée par des purgatifs légers, qui agiront en même temps comme antiseptiques intestinaux.

La malade sera mise au régime lacté, à l'eau d'Evian, aux tisanes diurétiques abondantes et au repos complet.

Pendant la seconde période, quand la pyélonéphrite est installée, le traitement médical précédent suffira dans la plupart des cas, auquel on ajoutera un traitement local, suivant l'évolution de la maladie.

Contre la pyélite et l'urétérite on fera le lavage du bassinet avec une solution de nitrate d'argent ou de collargol.

S'il y a pyonéphrose, on fera la distension de la vessie

en injectant dans sa cavité trois à quatre fois par 24 heures 150 grammes d'eau boriquée tiède, selon la méthode préconisée par Pasteau.

En cas d'insuccès, on pratiquera le cathétérisme permanent des uretères pendant 24 heures environ.

Les abcès du rein et le phlegmon périnéphrétique relèvent du traitement chirurgical. On aura le choix, suivant l'état du rein malade et de son congénère, entre la néphrostomie et la néphrectomie, ou tout autre opération inspirée par les circonstances (Obs. III et XI).

OBSERVATIONS

CHAPITRE VII

OBSERVATION I

due à l'obligeance de MM. les Docteurs Curtillet et Bernasconi

Madame M..., de l'Arba, 26 ans, secondipare, a toujours été en excellente santé. Son premier accouchement s'est passé normalement. Pendant sa seconde grossesse, rien de saillant à noter. Son frère, médecin, a pratiqué à plusieurs reprises des analyses et examens d'urines qui n'ont jamais rien révélé.

Accouchement en octobre 1908. Quatre jours après son accouchement, frissons et fièvre. On pense à une infection puerpérale et on fait des lavages intra-utérins au Tarnier. La température reste élevée et continue malgré quatre lavages. Elle oscille entre 38°5 et 40°. Comme la malade se trouve en pays palustre, on fait une prise de sang pour la recherche de l'hématozoaire. Cette recherche est négative.

Le 17 *octobre* : les différents sero-diagnostics sont faits par notre ami le Dr Lemaire. Le sérum n'agglutine ni l'Eberth, ni les para A et B, ni le Melitensis après vingt-quatre heures de contact.

Le 24 *octobre* : nouvelle recherche de l'hématozoaire et nouveaux sero-diagnostics. On constate une légère agglutination de l'Eberth au 1/30 et une agglutination plus forte du coli-bacille au 1/50.

C'est alors que nous voyons la malade. Température encore au-dessus de 39°. A la palpation, on réveille de la douleur au niveau des deux hypocondres, mais principalement du côté droit. Le rein droit est gros et perceptible. Ayant constaté que les urines étaient troubles, nous en recueillons aseptiquement dans un ballon stérilisé.

Après centrifugation, on trouve de nombreux leucocytes et par l'ensemencement un bacille ayant tous les caractères du coli-bacille.

Nous faisons le diagnostic de pyélonéphrite des suites de couches. Nous conseillons l'urotropine à la dose de 2 grammes par jour, des boissons diurétiques abondantes en même temps qu'une antisepsie intestinale.

Guérison au bout d'une vingtaine de jours.

OBSERVATION II

due à l'obligeance de M. le Docteur Bernasconi
(recueillie dans le service de la clinique chirurgicale)

Pyélonéphrite des suites de couches. — Phlegmon périnéphrétique — Incision. — Néphrectomie droite

Madame B..., 36 ans, est envoyée à l'hôpital deux mois après son quatrième accouchement.

Cette femme nous dit avoir toujours joui d'une santé excellente. Les premières grossesses ont évolué normalement et les accouchements se sont passés sans aucun accident ni incident.

Elle nous affirme, en outre, avoir toujours eu ses urines très claires et avoir constaté que ses urines n'étaient devenues troubles que depuis son dernier accouchement.

Quatre ou cinq jours après son accouchement, elle fut prise de fièvre et de violents frissons. La sage-femme qui l'avait assistée lui fit de nombreux lavages intra-utérins. Malgré ce traitement, la température ne céda pas.

En présence de cette situation, la malade fut envoyée à l'hôpital et admise dans le service de la clinique médicale, salle Andral. Là, on constata que les urines étaient troubles et purulentes, sans phénomènes vésicaux. Pensant qu'il s'agissait d'une suppuration rénale, on l'évacue dans le service de la clinique chirurgicale.

C'est à ce moment que nous examinons la malade. Elle accuse une douleur dans la région rénale droite. A la palpation, on trouve en effet dans cette région un gros empâtement et à la pression on détermine une douleur assez vive, principalement en arrière, dans l'espace costo-vertébral. Au bout de quelques jours, apparition de rougeur et d'œdème. Le diagnostic de phlegmon périnéphritique s'impose.

Incision et drainage de la collection par M. le Professeur Vincent.

Contrairement à l'attente, la température ne cède pas complètement, elle oscille aux environs de 38°. Les urines n'ont pas été modifiées et restent troubles.

FIGURE 1

La région est encore douloureuse.

L'urotropine est instituée à la dose de 1 gr. 50 par jour.

Un mois après l'incision de l'abcès, les urines sont encore troubles et la fièvre persiste. On se décide à intervenir et à faire une néphrectomie.

Les examens d'usage sont faits pour se rendre compte de l'intégrité du rein gauche. Le cathétérisme urétéral gauche donne une urine limpide et bien colorée ; l'analyse montre que l'urée et les chlorures sont éliminés en quantité normale.

Néphrectomie lombaire droite : Le rein est enlevé assez facilement. A la coupe, on aperçoit dans le parenchyme des petits abcès gros comme des pois (figure 1).

A la corticalité, un abcès un peu plus gros, abcès qui s'était ouvert dans la capsule graisseuse périrénale et avait déterminé le phlegmon périnéphrétique.

Les suites opératoires furent normales et la malade sortit guérie un mois après son opération.

OBSERVATION III

due à l'obligeance de MM. les Docteurs Curtillet et Bernasconi

Pyélonéphrite des suites de couches se transformant en pyonéphrose nécessitant une néphrostomie et une néphrectomie secondaire.

Madame P..., de Bône, 24 ans, primipare, accouche normalement en avril 1915. Jusqu'au moment et pendant sa grossesse, cette femme a toujours joui d'une santé excellente.

Les différents examens de ses urines, pratiqués pendant sa grossesse n'ont rien révélé d'anormal, sauf un peu d'albumine dans les dernières semaines. Les urines sont restées toujours limpides.

Cinq jours après son accouchement, la malade fut prise de frissons, de fièvre, 40°. La température restant très élevée, le médecin traitant fait une série de lavage intra-utérins à la liqueur de Tarnier. Malgré ces irrigations, la température ne baisse pas et l'état s'aggrave.

Deux mois après l'accouchement, l'état restant stationnaire, la malade vient à Alger consulter M. le Professeur Curtillet. A son premier examen, M. Curtillet constate que le rein droit est volumineux et les urines purulentes. En raison du mauvais état général de la malade et de sa température élevée, M. Curtillet pratique une néphrostomie lombaire d'urgence.

A la suite de cette intervention, chute immédiate de la température et amélioration rapide.

Un an après cette opération, Madame P..., fatiguée de cette fistule lombaire vient demander d'être débarrassée de cette infirmité, même au prix de l'ablation de son rein. C'est à ce moment que nous voyons la malade qui nous fut adressée par notre Maître, M. le Professeur Curtillet.

La fistule donne une assez grande quantité d'urine trouble. L'urine recueillie à la sonde dans la vessie est absolument limpide et bien colorée.

Pour bien nous assurer que cette urine ne provenait que du rein

gauche et aussi pour nous fixer sur l'intégrité de ce rein, nous pratiquons un cathétérisme de ce rein qui nous donne de l'urine très claire par éjaculations rythmées. La sonde placée dans la vessie ne donne pas une goutte d'urine.

L'analyse des urines du rein gauche donne les résultats suivants :

Urée.....	19 gr. 21 par litre.
Chlorures en n a c l.....	11 grammes par litre.
Absence d'albumine.	

En présence de l'intégrité absolue du rein gauche, nous acquiesçons au désir de la malade et pratiquons une néphrectomie.

Le 4 *juin* 1916 : *néphrectomie lombaire sous capsulaire* avec l'assistance de M. le Professeur Curtillet. L'opération fut laborieuse. Le pôle supérieur du rein était en partie conservé. Les 2/3 inférieurs étaient réduits à l'état d'une coque très mince et très adhérente, en avant et en dedans, au péritoine. Une anomalie à noter : ce rein avait deux uretères venant se souder en Y au niveau de la fosse iliaque.

Au vingt-cinquième jour, la malade sortit de la clinique complètement guérie.

OBSERVATION IV (Résumée)

Cyrille Jeannin. — (*Progrès Médical*, 1908)

Madame M..., primipare, de très bonne santé antérieure, ne présente, pendant toute la durée de sa grossesse, aucun accident, si ce n'est un peu de bronchite grippale pendant les premières semaines. Les dernières règles ayant eu lieu du 18 octobre au 2 novembre 1907, les premières douleurs apparaissent, bien à terme, le 3 août 1908 à 9 heures du matin ; elles se succédèrent régulièrement et à 6 heures du soir, la dilatation était complète. A ce moment, on rompit artificiellement les membranes; et après une demi-heure d'expulsion, l'enfant, un garçon de 3.500 grammes, qui se présentait en O I G A était expulsé spontanément et sans difficulté. Périné intact, délivrance naturelle et complète trois quarts d'heure après l'accouchement.

Le premier jour des couches, rien de particulier ; les lochies sont normales comme abondance et comme aspect.

Le deuxième jour s'écoulait dans des conditions pareilles, lorsque le soir, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'accouchement, la femme fut prise d'un très violent frisson à la suite duquel la température s'éleva jusqu'à 41°. Appelé aussitôt, je ne constatais, en dehors de l'hyperthermie, rien d'anormal ; les lochies sont satisfaisantes, l'abdomen, assez distendu par des gaz intestinaux, est peu sensible, l'utérus n'est nullement douloureux. Le pouls, plein et régulier bat à 120, la respiration est à peine accélérée. La nuit se passe sans sommeil. Le matin du troisième jour, la température est à 38°, le pouls à 100. Une grande entéroclyse ramène des matières assez fétides. Dans la journée, le ballonnement abdominal est très prononcé, il nécessite l'application en permanence d'une grosse sonde rectale. Le soir, 40° et 120 pulsations ; il est toujours impossible de rien relever d'anormal du côté de l'appareil génital.

Le quatrième jour, le thermomètre est à 38°2 le matin, à 40°2 le soir, le pouls battant à 140. Malgré l'absence de signes utérins, malgré la certitude d'une délivrance complète, on décide de pratiquer un nettoyage utérin qui est fait le soir même sous chloroforme. Le curage digital ne ramène absolument rien, non plus que le curettage ; on termine par un attouchement iodé. Cette intervention

n'est suivie par aucun frisson ni aucune réaction termique ; la malade se plaint seulement de brûlure au niveau de l'utérus. Le lendemain du curettage, cinquième jour des couches, la température est à 39° le matin, à 39°5 le soir ; l'état est absolument stationnaire, on est toujours frappé par le ballonnement intestinal. L'état général reste d'ailleurs très satisfaisant ; la montée laiteuse est abondante et permet à la mère d'allaiter son enfant. Le sixième jour, 39° le matin, 39°2 le soir. Il y a persistance des mêmes symptômes. On remarque, en outre, que les urines, très abondantes, présentent une odeur ammoniacale extrêmement prononcée et qu'elles s'altèrent avec une rapidité inaccoutumée ; de plus, elles sont très troubles, mais par le repos, elles ne forment qu'un dépôt insignifiant. Le neuvième jour, le thermomètre tombe à 36°8 le matin et ne s'élève qu'à 38° le soir.

Les urines, toujours abondantes, laissent maintenant déposer une épaisse couche de pus ; le diagnostic de pyélonéphrite est désormais évident. On institue le traitement approprié : urotropine, boissons abondantes, lavages intestinaux et laxatifs et la malade guérit sans autre accident. Elle put se lever le vingt-et-unième jour de ses couches et un mois plus tard les urines étaient redevenues tout à fait claires.

OBSERVATION V (Résumée)

Cyrille Jeannin. — (*Progrès Médical* 1908)

Madame de T..., 36 ans, primipare. Antécédents : fièvre typhoïde grave une année avant son accouchement, très sujette aux crises d'entéro-colite.

Pendant toute la grossesse la constipation fut opiniâtre en dépit d'un régime sévère. Accouchement difficile le 30 septembre 1906, ayant nécessité une dilatation bimanuelle suivie d'application de forceps. Délivrance artificielle. Légère déchirure périnéale qui fut suturée immédiatement aux crins de Florence.

Les deux premiers jours de couches se passent sans incident.

Le soir du troisième jour, la température monte à 39° ; elle est à 40° le matin du quatrième jour. L'état général est mauvais ; la femme, dans un état d'agitation extrême, n'a pas une minute de repos. Les lèvres sont sèches, la langue saburrale. Le ventre, très ballonné, n'est que peu sensible ; l'utérus est à peine douloureux, les lochies sont normales, légèrement fétides cependant. Le cinquième jour le thermomètre est à 38°4 le matin, le pouls à 100 ; on constate, comme les jours précédents, l'absence de tout signe d'infection génitale. Les urines ne sont pas très abondantes ; elles présentent un trouble manifeste et leur teinte est d'un rouge assez foncé. L'état général est meilleur ; la malade, plus calme, peut se reposer quelques heures. Le sixième jour, le pus apparaît dans les urines et va y persister très abondant, pendant plusieurs semaines. Le rein droit, à peine sensible à la palpation, est très légèrement douloureux, l'intestin est toujours dans le même état. A partir de ce moment, la température ne décrit plus que de faibles oscillations étant à 37° ou 37°2 le matin, s'élevant à 38° le soir ; une seule fois, le onzième jour, le thermomètre indiqua 39°5 le soir. La malade faisait sa première levée le dix-neuvième jour de ses couches. Revue depuis, elle s'est montrée en parfait état.

OBSERVATION VI (Résumée)

Cyrille Jeannin. — (*Progrès Médical* 1908)

Madame S..., secondipare, 33 ans. Premier enfant il y a 6 ans. Deux ans après, hystéropexie pour corriger une rétroversion compliquée de prolapsus utérin.

Ses dernières règles datent du début de janvier 1906. Dès le début de cette nouvelle grossesse, l'état général est déplorable ; notre cliente, morphinomane avérée, souffre d'une constipation opiniâtre, de vomissements incessants et se trouve dans un état d'amaigrissement et de dénutrition vraiment inquiétant.

Au quatrième mois, cure de morphinisation dans une maison de santé.

Arrivée à terme, notre cliente est dans un excellent état de santé.

Accouchement le 22 octobre 1906 ; la dilatation restant stationnaire, on fait une application de l'écarteur de Tarnier, prolongée pendant quatre heures, sous une pression moyenne de 1.200 gr. A ce moment, nous terminons l'accouchement par un forceps. La délivrance se fait spontanément quelques minutes après. Le périné est intact.

Les deux premiers jours de couches se passent sans incidents. Le matin du troisième jour, sans cause apparente, la température est de 38°4 et le soir de 39°5. Le quatrième jour, 37° le matin et 39° le soir. Le cinquième jour, 37° le matin, 40° le soir, à la suite d'un violent frisson. Malgré l'absence de signes locaux, nous décidons de pratiquer la révision de la cavité utérine. Le curage digital ne ramène absolument rien ; nous le complétons par un curettage instrumental suivi d'un attouchement iodé. Le lendemain, septième jour de couches, la température est encore à 39° et le soir, à la suite d'un violent frisson elle s'élève à 40°5.

Le huitième jour, la température est de 38°2 ; nous allions pratiquer une injection intra-veineuse de collargol, lorsque nous aperçûmes un léger trouble dans les urines qui, jusque-là, avaient été limpides et suffisamment abondantes. Posant alors le diagnostic très probable de pyélonéphrite, nous soumettons notre malade au régime habituel en pareil cas ; le soir, la pyurie était manifeste ; elle persiste jusqu'au vingtième jour. Quant à la température, dès le douzième jour, elle est à 37° matin et soir. Notre malade put se lever le vingt-et-unième jour, depuis elle est bien portante.

OBSERVATION VII (Résumée)

Cyrille Jeannin. — (*Progrès Médical* 1908).

Madame G..., secondipare, 36 ans, a eu, en 1905, un premier accouchement avant terme d'un enfant vivant. Les suites de couches furent fébriles. La malade se rétablit.

Elle devient enceinte dans les premiers jours de décembre 1906. Le promontoire étant accessible, nous décidâmes de la faire accoucher avant terme. L'accouchement fut provoqué le 11 août 1907, grâce à trois applications successives de l'écarteur de Tarnier, qui amenèrent en vingt-six heures la terminaison du travail par la naissance spontanée d'un enfant vivant pesant 3.000 grammes. La délivrance se fit rapidement, naturelle et complète. Deux points furent placés sur le périné qui avait été légèrement déchiré.

Le lendemain de l'accouchement, tout se passe normalement, mais dès le deuxième jour la température s'élève l'après-midi à 39° à la suite d'un frisson ayant duré dix minutes. Les lochies sont normales et la plaie périnéale a bon aspect.

Le troisième jour, 38° le matin, 40° le soir ; dans la nuit, la température monte à 40°8. Le quatrième jour 37° le matin, 40°5 le soir. On ne constate rien autre qu'un très fort météorisme abdominal ; on a d'ailleurs de la peine à provoquer des selles à l'aide de lavements répétés et de purgatifs. La malade se sent bien. Le cinquième jour, on remarque que les urines sont troubles ; la réaction à l'ammoniaque y décèle la présence de pus, d'ailleurs peu abondant. Pendant une semaine environ, les urines sont purulentes mais très peu. La courbe thermique décrivit pendant ce temps de faibles oscillations pour revenir définitivement à la normale à partir du douzième jour. Cette femme se leva le dix-huitième jour et depuis elle est fort bien portante.

OBSERVATION VIII

Achard et Saint-Girons. — (*Bulletin et Mémoires* N° 25, 18 *janvier* 1912)

Madame P..., née Marie D..., 29 ans, arrive à la crèche de l'hôpital Necker, salle Peter, n° 2, le 11 mars 1912. Mariée il y a deux ans. Un enfant.

Le 11 *février* 1912, elle a accouché d'un deuxième enfant, qui fut atteint d'ophtalmie légère. Quelque temps après, elle ressentit dans les reins des douleurs bilatérales, s'irradiant en ceinture, qui l'obligeaient à marcher courbée en avant et qui gênaient sa respiration. Après deux jours, les douleurs se localisèrent au côté droit de l'abdomen en diminuant d'intensité. Ces douleurs sont alors suivies de frissons et de bouffées de chaleur, accompagnées de soif ardente, constipation opiniâtre, céphalée.

Le 9 *mars*, après une purgation, le lait disparaît, des pertes de sang s'établissent.

A son entrée le 11 mars, on constate une fièvre modérée (38°), de l'anorexie, de la sensibilité abdominale et des métrorragies. On fait des injections vaginales chaudes et on met la malade au lait.

Le 13 *et le* 14 *mars*, successivement, deux grandes poussées fébriles pendant lesquelles la température monte à 40° et 39°8.

Le 14 *mars*, à la hauteur de l'ombilic, on provoque en un point limité une vive douleur et l'on sent contre le rachis une petite masse indurée.

Le 15 *mars*, la fièvre tombe complètement. Au palper, on trouve un point douloureux gauche. Les pertes de sang qui avaient disparu reparaissent un peu.

Le 16 *mars*, on retrouve à gauche le point douloureux précédemment observé. Le palper hypogastrique et des annexes n'est aucunement douloureux.

Le foie n'est pas gros, la rate non plus. Le pouls bat à 74.

Les urines sont troubles et purulentes.

Le 18 *mars*, l'amélioration continue avec persistance du point douloureux abdominal.

On donne 1 gr. d'urotropine par jour.

L'amélioration se poursuit les jours suivants. Il persiste une légère douleur au palper à gauche de l'ombilic.

La malade sort le 3 avril.

Le 13 *mars*, on avait fait en plein accès, une hémoculture. On observa un bacille court, très légèrement mobile, qui se colorait au bleu de Unna plus vivement à ses extrémités, ne prenait pas le Gram. Il pousse largement en stries blanches sur gélose. Trouble le bouillon, ne liquéfie pas la gélatine, ne coagule pas le lait à 37°, mais à 100° le lait se prend en masse. Forme de l'indol.

Le sérum de la malade n'agglutine ni l'Eberth, ni les para A et B

Dans les urines on trouve de nombreux leucocytes et par l'ensemencement en milieu aseptique un bacille identique à celui trouvé dans le sang et qui présente tous les caractères d'un paracolibacile

OBSERVATION IX (Résumée)

Lewis (Devonport) Journal of the Royal Army Medical corps (Vol. XX)

Accouchement normal le 28 décembre 1912.

Le 31 décembre : céphalée, douleurs lombaires. Température 100. Pouls 98. Les lochies sont normales, l'involution utérine se fait bien. On ordonne des injections vaginales au lysol, de la quinine, du calomel.

Le 2 janvier 1913 : mictions fréquentes et douloureuses, température 101°6. Pouls 101.

Les urines sont acides, un peu albumineuses.

Le 3 janvier : température 101°6. Pouls 112. La malade se plaint de douleurs lombaires vives ; la région rénale droite est sensible à la palpation.

Le 7 janvier : température 101°6. Pouls 120. Langue sèche, céphalée, soif intense, douleurs vives du côté du rein droit. Il y a incontinence d'urine, pollakiurie et dysurie très prononcée. Dans l'urine prise à la sonde on trouve un bacille qui donne par la culture les caractères du colibacille pur.

On injecte 25 cmc. de sérum anti-coli. Le 8 janvier, la douleur persiste, température 100°4. Pouls 96. On fait encore 25 cmc. de sérum. Le 9 janvier, amélioration notable. La température et le pouls sont normaux. Il n'y a pas de douleur, la langue est humide, la pollakiurie et l'incontinence ont disparu.

Le 10 janvier : légère élévation thermique ; 25 cmc. de sérum.

Le 20 janvier : la malade est guérie.

OBSERVATION X

Voron. — (*Réunion de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon.* — *Séance du* 1er *mai* 1914)

Un cas de pyélonéphrite coli-bacillaire à gauche dans les suites de couches.

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, primipare sans antécédents spécifiques affirmables, qui vint se présenter à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, le 4 février 1914, quelques heures avant d'y accoucher d'un fœtus macéré de 2.050 grammes. Délivrance normale et complète. Placenta de 480 grammes. La malade présentait depuis quelques jours des symptômes de grippe (bronchite légère, céphalée), lesquels ont persisté pendant les deux ou trois premiers jours qui ont suivi l'accouchement.

Le 7 février : lochies un peu fétides. Utérus un peu douloureux ; température 37°7.

Le 9 février : température 40°, frisson modéré.

Du 9 au 13 février : la température se maintient entre 39° et 40°. On perçoit une volumineuse tumeur annexielle à gauche.

Le 15 février : la température baisse à 38°. Il y a une diminution considérable de la masse annexielle gauche qui est à peine perçue par le palper abdominal.

Le 24 février : la température se relève au voisinage de 39° et les annexes sont perçues de nouveau, mais cette fois des deux côtés au-dessus de l'arcade pubienne et latéralement à l'utérus. Le ventre est souple. Des vomissements assez fréquents apparaissent. Il y a un peu de diarrhée.

Le 9 mars : l'état général se maintient assez bon.

Les masses annexielles ont diminué notablement, mais l'on sent par le toucher vaginal le tissu cellullaire péri-utérin infiltré et dur, englobant l'utérus dans une gangue.

Le 15 mars : la température tend à baisser entre 37°5 et 38°5. Le processus de cellulite pelvienne localisé du côté droit remonte

de la gaîne hypogastrique vers la fosse iliaque interne où l'on sent un plastron qui en occupe à peu près la moitié inférieure.

Le 23 *mars* : mêmes signes locaux. La température tend encore à baisser. La malade accuse quelques phénomènes vésicaux (mictions un peu fréquentes et douloureuses), cependant les urines restent absolument claires et ne contiennent ni pus, ni albumine. On songe à la possibilité de l'évolution d'un phlegmon hypogastrique vers le réservoir vésical.

Le 25 *et le* 26 *mars* : l'état général est excellent, la température rectale n'a pas dépassé 37°7.

Le 27 *mars* : température le matin 37°3. A dix heures du soir, grand frisson, avec vive douleur dans l'hypocondre gauche. La pression au niveau des dernières fausses côtes gauches en arrière, vers la région lombaire, est extrêmement douloureuse. Pas de douleur par la palpation en avant. Les urines, examinées à ce moment, sont claires et le restent jusqu'au lendemain matin. Température après frisson 40°3.

Le 28 *mars* : la température est de 40°2. Les urines sont uniformément troubles sans cependant présenter l'aspect qui résulterait de leur mélange avec une collection purulente. Par la palpation de l'échancrure ilio-costale gauche on sent le pôle inférieur du rein dont la palpation est douloureuse.

Le plastron de la fosse iliaque droite a nettement diminué en consistance et en étendue. Les phénomènes vésicaux ont presque disparu.

Le 29 *mars* : la malade est vue par M. le Dr Gauthier qui confirme le diagnostic de pyélonéphrite gauche. Les urines sont toujours troubles, contiennent du pus et du colibacille en grande abondance.

Traitement : diurétiques. Instillations dans la vessie de 2 à 3 cmc. de solution de nitrate d'argent à 1 %. L'état général est assez mauvais. La langue est grillée. Les vomissements sont fréquents et abondants. Il est décidé que si les signes locaux et généraux persistent, on pratiquera le cathétérisme de l'uretère gauche suivi d'une instillation de solution de collargol.

Le 2 *avril* : La température tombe au-dessous de 38°. La douleur dans l'hypocondre gauche a presque disparu. A partir de ce moment, l'amélioration est rapide.

Le 9 *avril* : la malade quitte le service en excellent état. L'apyrexie est complète depuis cinq jours. Les urines sont claires. L'induration du tissu cellullaire péri-utérin a presque complètement disparu. Plus rien n'est perçu par l'abdomen. Par le toucher vaginal, on sent seulement un peu d'induration du cul-de-sac vaginal droit.

OBSERVATION XI

Lepoutre (1)

Il s'agit d'une malade qui présenta des phénomènes généraux quelques jours après l'accouchement. Le dixième jour du pus apparaît dans les urines.

La pyélonéphrite ne céda pas au traitement médical maintenu pendant trois mois.

Le cathétérisme urétéral ayant montré le rein gauche nettement inférieur, Lepoutre fit une néphrectomie six mois après l'accouchement. Guérison.

---

(1) En raison des événements actuels, il nous a été malheureusement impossible de nous procurer le texte de cette observation qui a paru dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille* (17 août 1911).

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous pouvons tirer de ce travail sont les suivantes :

1° La pyélonéphrite des suites de couches est une maladie assez fréquente. En présence d'une femme récemment accouchée qui présente des phénomènes généraux : fièvre, céphalée, accélération du pouls, lassitude générale, etc., il faut penser à la possibilité d'une infection urinaire quand l'état de l'appareil génital permet d'éliminer le diagnostic d'infection puerpérale.

2° Pour établir le diagnostic, il faut recueillir les urines de la malade et en faire un examen approfondi au point de vue de la recherche du pus et des microbes.

3° Il sera souvent nécessaire aussi de faire une hémoculture au moment des accès thermiques.

4° Il faut surveiller attentivement le fonctionnement du tube digestif de toute accouchée et assurer des selles régulières par des purgatifs légers ou des lavages intestinaux.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et ST-GIRONS. — Pyélonéphrite puerpérale septécémique paracolibacillaire. (*Bulletins et Mémoires* N° 25, 18 juillet 1912).

CATHALA. — Pyélonéphrite gravidique. (Thèse, Paris 1904).

FAUCHER. — Du traitement médical de la pyélonéphrite. (Thèse, Paris 1894).

HOHLWEG. — Traitement de la pyélite par les lavages du bassinet. (*Muenchener méd. Wochenschrift*, N° 26, 1er juillet 1913).

JEANNIN (Cyrille). — Pyélonéphrite des suites de couches. (*Progrès Médical* 1908, p. 37).

LEGUEU. — La pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1904).

LEPOUTRE. — Un cas de pyélonéphrite puerpérale. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, N° 32, 17 août 1911).

LEITH MURRAY. — Trois cas de pyélites post-partum.(*Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire*, février 1904, N° 2).

LEWIS. — *Journal of the Royal Médical corps*. Vol. XX.

MACAIGNE. — Etude sur la néphrite coli-bacillaire d'origine sanguine. (*Archives Générales de Médecine*, 1896, p. 722).

PÉRINEAU. — Lavage du bassinet. (*Journal d'Urologie*, 1912, p. 663).

VORON. — Un cas de pyélonéphrite coli-bacillaire à gauche dans les suites de couches. (*Réunion Obstétricale de Gynécologie de Lyon*. Séance du 1er mai 1914).

WALICH. — Pyélonéphrite et suites de couches. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1904).

Vu :

Le Président de la Thèse,

Dr VINCENT.

Vu :

Le Doyen,

J. CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 23 Décembre 1916.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

Alger. — Imprimerie Algérienne

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I
Introduction et historique..... 13

CHAPITRE II
Pathogénie de la pyélonéphrite puerpérale..... 15

CHAPITRE III
Etude clinique de la piélonéphrite puerpérale..... 19

CHAPITRE IV
Diagnostic..... 25

CHAPITRE V
Evolution et pronostic..... 3

CHAPITRE VI
Traitement..... 33

CHAPITRE VII
Observations..... 37

CONCLUSIONS..... 55

BIBLIOGRAPHIE..... 57